

# 和谐健康保险股份有限公司

HEXIE HEALTH INSURANCE CO., LTD.

## 理赔申请书 (身故责任)

### 事故信息

保险合同码:	
申请类型: <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外残疾(失能) <input type="checkbox"/> 疾病残疾(失能)	
身故人身份类型: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之配偶 <input type="checkbox"/> 被保险人之子女	
投保人是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____ 职业名称:	
身故人姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码
有效期: 年 月 日至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
事故时间:	事故地点:
手机: _____	联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇
固话: _____	
事故详情: (请详述事故发生时间、地点及原因, 就诊医院及诊疗过程)	
身故人是否在其他保险公司投保人身保险: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司: _____	

### 申请人信息 (所有身故受益人/继承人均须填写)

申请人1 姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业名称:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人	是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日	
手机: _____	固定电话: 区号 号码	
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇	邮编:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码	
有效期: 年 月 日至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)		
户名:	开户银行:	账号:
申请人2 姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业名称:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人	是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日	
手机: _____	固定电话: 区号 号码	
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇	邮编:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码	
有效期: 年 月 日至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)		
户名:	开户银行:	账号:

申请人3 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____				职业名称:													
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人				是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日																	
手机:				固定电话: 区号		号码															
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇				邮编:																	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件																			
有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期		证件		号码																	
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)																					
户名:		开户银行:		账号:																	
申请人4 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____				职业名称:													
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人				是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日																	
手机:				固定电话: 区号		号码															
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇				邮编:																	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件																			
有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期		证件		号码																	
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)																					
户名:		开户银行:		账号:																	
申请人5 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____				职业名称:													
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人				是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日																	
手机:				固定电话: 区号		号码															
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇				邮编:																	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件																			
有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期		证件		号码																	
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)																					
户名:		开户银行:		账号:																	
申请人6 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____				职业名称:													
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人				是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否/身故时间: 年 月 日																	
手机:				固定电话: 区号		号码															
联系地址: 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇				邮编:																	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件																			
有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期		证件		号码																	
是被保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为领取全额保险金, 不需要填写账户信息)																					
户名:		开户银行:		账号:																	

多身故受益人（继承人）领取保险金转账授权（授权申请人之一代为领取全额保险金需填写）

上述所有身故受益人（继承人）协商一致，共同授权申请人\_\_\_\_\_（证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）  
作为受益人（继承人）代表，代为领取全部保险金，由和谐健康保险股份有限公司将保险金全额支付至该授权申请人的银行账户中，账户信息如下：  
户名：\_\_\_\_\_ 开户银行：\_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_ 该申请人授权权限为：代  
领保险金（请一并附上该申请人签字的存折/银行卡复印件）。

特别声明：除上述受益人（继承人）之外，被保险人无其他第一顺序法定继承人，包括与被保险人有扶养关系的继子女、继父母等，该申请人已经取得所有受益人（继承人）的同意和授权，代为领取全额保险金。如因所述不实、帐号错误等原因发生相关纠纷的，概由受益人（继承人）自行处理并承担所有法律责任。

理赔申请提示、声明和授权

### 反保险欺诈提示

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：

- 1.故意虚构保险标的;
- 2.对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度;
- 3.编造未曾发生的保险事故;
- 4.故意造成财产损失的保险事故;
- 5.故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

进行保险诈骗犯罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑,并处罚金或者没收财产的刑事处罚；尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的,将会受到相应的刑事或行政处罚。

### 声明和授权

- 1.本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并承诺理赔申请书上所填写的内容真实详尽。
- 2.本人同意和谐健康保险股份有限公司向医疗机构、行政司法机关、单位和个人检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式获取任何本人或被保险人与理赔申请相关的资料；本人愿承担由此产生的一切法律责任；本授权申明之影印件亦属有效。
- 3.本人同意授权贵公司向征信机构查询本人被征信机构合法采集、整理或加工产生的其他信息提供者提供的个人信息用于和谐健康保险股份有限公司核保、理赔、保全等业务审查相关事宜。
- 4.因本人或代理人提供的信息资料错误导致的一切后果，贵公司不承担责任。

请所有申请人在如下填写栏内亲笔签字/按手印，承诺上述信息及授权均如实填写，未遗漏其他受益人；为本人真实意愿，如所填写信息与实际情况不符，自愿自行处理并承担所有的法律责任。

申请人 1 签名：\_\_\_\_\_ 申请人 2 签名：\_\_\_\_\_ 申请人 3 签名：\_\_\_\_\_

申请人 4 签名：\_\_\_\_\_ 申请人 5 签名：\_\_\_\_\_ 申请人 6 签名：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 理赔申请须知

尊敬的客户：

为确保您的合法权益，在填写《理赔申请书》前请您仔细阅读以下内容：

1. 哪些人有权填写《理赔申请书》？

(1) 申请身故保险金：由身故受益人申请。

A. 保单指定身故受益人的：由保单指定的身故受益人申请。

B. 保单未指定身故受益人的或受益人为“法定”的：由被保险人的全体遗产继承人申请。

依照《中华人民共和国继承法》，保险金作为被保险人的遗产，按下列顺序继承：

第一顺序：配偶、子女、父母；第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母；继承开始后，由第一顺序继承人继承，第二顺序继承人不继承。没有第一顺序继承人继承的，或第一顺序继承人丧失继承权的，由第二顺序继承人继承。

(2) 仅申请身故责任的保费豁免：由被保险人或被保人的监护人申请。

**注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的，由申请人的监护人代为申请。**

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何办理理赔申请？

申请身故保险金时，每位受益人/继承人均需作为申请人填写《理赔申请书》。多个受益人可共同办理理赔申请，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每一委托人均需授权签字。授权一人通过转账方式领取全额保险金时，需填写理赔申请书中的“多身故受益人（继承人）领取保险金转账授权”。

**注：对于法定受益人或未指定受益人的身故保险金理赔申请，我公司不负责保险金多受益人之间的继承份额划分，保险金一次性给付，由全体受益人共同受领或全体受益人授权一人受领。**

3. 是否所有的银行帐户（银行卡）都可以办理理赔款转帐支付？

各地区银行转帐要求有所不同，有关转帐银行的目录以及转帐帐户、银行卡的要求，您可详细咨询您的保单服务人员，或拨打全国统一服务热线 028-956076 以获得详细的信息。

4. 我如何获得理赔申请的相关表格？

您可以向您的保单服务人员索取、到我们的服务柜面免费领取或在我公司网站 <http://www.hexiehealth.com> 下载打印。

5. 理赔时应准备哪些申请资料？

以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料，但由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会联系您提供一些与本次理赔相关的其他材料。如委托他人代办理赔申请，需填写《理赔授权委托书》并提供受托人身份证明。

申请项目		应备材料	
医 疗	门诊医疗	1.2.3.4.6	1.理赔申请书 2.保险合同 3.被保险人/受益人/监护人证件、关系证明及银行卡复印件 4.门诊病历 5.出院小结 6.医疗发票及费用明细清单 7.病理报告及其他检查报告 8.司法/伤残鉴定报告 9.医学死亡证明、丧葬/火化证明、户籍注销证明
	住院医疗	1.2.3.5.6	
	住院津贴	1.2.3.5	
重大疾病	重大疾病	1.2.3.7	
身 故	身故给付	1.2.3.9	
残 疾	残疾给付	1.2.3.8	
豁 免	身故豁免	1.2.3.9	
	残疾豁免	1.2.3.8	
	疾病豁免	1.2.3.7	
失 能	长期护理	1.2.3.5.8	

如您对以上内容存在疑问，请登陆和谐健康网站 (<http://www.hexiehealth.com>) 或拨打和谐健康全国统一服务热线 028-956076 及时联系我们咨询。